UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 73**

FACULTÉ DE MÉDECINE

QUELQUES CONSIDERATIONS

SUR

Quatre cas de Césarienne conservatrice

A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1910

PAR

LOUIS GARNIER

Né à Vialas (Lozère), le 20 janvier 1884

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MM. VALLOIS, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Prof.-adj. } *Assesseurs.*
JEANBRAU, Agrégé } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou, 7

1910

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

QUATRE CAS DE CÉSARIENNE CONSERVATRICE

A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 73

FACULTÉ DE MÉDECINE

QUELQUES CONSIDERATIONS

SUR

Quatre cas de Césarienne conservatrice

A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1910

ACAD. LIBRO.BAT. BIBL.

PAR

LOUIS GARNIER

Né à Vialas (Lozère), le 20 janvier 1884

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MM. VALLOIS, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Prof.-adj. } *Assesseurs.*
JEANBRAU, Agrégé }
SOUBEYRAN, Agrégé }

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou, 7

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	Doyen.
	SARDA	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire.

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique		TRUC (✻).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeuthique générales		RAUZIER. Chargé de l'enseign[t] de la clinique médicale.
Clinique obstétricale		VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique		De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements		PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. VALLOIS, *président.*	JEANBRAU, *agrégé.*
De ROUVILLE, *prof.-adjoint.*	SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CASSIN

CHIRURGIEN EN CHEF DES HÔPITAUX D'AVIGNON

ET DE LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALFRED PAMARD

PROFESSEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

E. GARNIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

MÉDECIN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

JEANBRAU ET SOUBEYRAN

E. GARNIER.

AVANT-PROPOS

Nous adressons à M. le docteur Paul Cassin l'expression de notre sincère gratitude. Le sujet de notre thèse fut inspiré par ce Maître éminent, auprès duquel nous avons trouvé en même temps qu'un précieux enseignement, toute l'indulgence des esprits supérieurs.

Dans la coquette Maternité où l'ordre règne et où l'autorité du Maître assure à ses collaborateurs la tranquillité morale, nous avons quelquefois médité et pensé.

Notre thèse est le résultat de quelques-unes de nos réflexions, et si nous n'avons pu matérialiser notre pensée en un long ouvrage, nous demandons à notre Maître de vouloir bien accepter cependant cet humble témoignage de notre profonde reconnaissance.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR
QUATRE CAS DE CÉSARIENNE CONSERVATRICE
A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

INTRODUCTION

Notre thèse, basée sur 4 observations prises dans le service de M. le docteur Paul Cassin, est consacrée à l'étude de la césarienne conservatrice. Mais le titre même donné à notre travail est une preuve que nous n'avons pas la prétention de reprendre jusque dans leur début l'évolution des idées et les différentes phases par lesquelles est passée la césarienne.

Pratiquée dès la plus haute antiquité sur la femme morte, cette intervention ne fut tentée sur le sujet vivant que vers le XIV^e^ ou XV^e^ siècle. Rejetée d'abord par la plus grande majorité des accoucheurs, puis gagnant du terrain vers la fin du XVIII^e^ siècle, jusqu'au moment où la création de la symphyséotomie la remet en discussion et la rejette dans un oubli que pouvaient justifier les déplorables résultats opératoires obtenus.

Nous assistons alors à cette lutte acharnée entre symphyséotomistes et césaristes, qui fut le commencement d'une longue polémique! Baudelocque, un des adversaires les plus violents de la symphyséotomie, sut gagner à sa cause la Société de Médecine, car, en 1798, il amenait cette assemblée à déclarer : « que dans beaucoup de cas, l'opération césarienne

est le seul moyen qui donne l'espoir de sauver la mère et l'enfant ». Mais il restait encore bien des progrès à faire pour tout ce qui concernait la technique opératoire, et il suffit de consulter les statistiques des différentes nations, à cette époque, pour se rendre compte combien cette intervention, non complétée par la suture utérine, comportait encore de dangers immédiats ou médiats pour l'opérée.

Ce n'est guère qu'en 1835 que certains opérateurs, devancés par Lebas, chirurgien de Mouilleron, pratiquèrent la suture de l'utérus avec des fils métalliques, donnant ainsi un élan nouveau vers des indications plus générales et plus absolues de la césarienne.

Les indications absolues ont été assez bien précisées dans la thèse de M. Larnaudie, soutenue à Toulouse dans l'année 1909 ; mais pour tout ce qui concerne les indications relatives, il y a des hésitations qui prouvent que le problème persiste en son intrégrité et avec toutes ses incertitudes. Lorsqu'il s'agit, en effet, de savoir si un bassin rétréci est viable ou non viable, il est bien facile de décréter que le dernier est justifiable seulement de l'opération césarienne, mais un problème exige aussitôt d'être résolu : A quel degré peut-on dire qu'un bassin est ou n'est pas viable ? Il importe de connaître si le bassin de telle femme est capable de permettre le passage du fœtus qu'elle porte dans son sein, et la solution mathématique du problème est subordonnée à la connaissance exacte de tous les diamètres du bassin, de toutes les dimensions du fœtus, ainsi que du degré de réductibilité des tissus dans les différentes directions. Et si l'une des données de ce problème nous reste presque inconnue, il est inutile de viser à une précision idéale dans la connaissance de l'autre.

Tel est l'état d'esprit dans lequel nous nous sommes trouvé, toutes les fois que le problème s'est posé à nous, dans le service de la Maternité de Vaucluse, où une moyenne de 150 accouchements par an nous a permis d'observer et d'étudier un certain nombre de cas embarrassants. Nous avons appris, auprès de M. le Dr Paul Cassin, à tenir compte des préceptes déjà formulés par des maîtres autorisés, mais nous avons appris aussi, et M. Cassin a puissamment aidé à l'élaboration de cette ligne de conduite, qu'il fallait montrer dans quelques occasions un certain esprit d'indépendance, puisque la solution de beaucoup de problèmes n'avait pas été encore donnée.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter dans notre travail la solution du problème qui nous occupe ; il s'agit pour nous, tout simplement, de mettre en relief quatre observations de césariennes et de tirer quelques réflexions et quelques généralités sur cette question. Mais ne devions-nous pas, avant de mettre à leur place ces quatre observations, considérer comme un devoir la nécessité de rappeler très brièvement les différentes étapes selon lesquelles a évolué l'opération césarienne ? N'aurait-on pas le droit de nous reprocher de ne pas avoir assez tenu compte de tout ce qui avait été dit ou écrit sur le sujet qui nous intéresse ? Il fallait donc, pour nous, avoir présentes à l'esprit toutes les indications formulées jusqu'à aujourd'hui, toutes les fois qu'une irrégularité dans la marche d'un accouchement nous a fait redouter un danger quelconque pour la vie de l'enfant.

Une opinion déjà faite, après la lecture des ouvrages des maîtres, l'application des principes inspirés par la conviction que la césarienne doit être une opération courante aussi facile à décider et à réaliser par un accoucheur que l'est une ché-

lotomie par un chirurgien ! » Telle a été la conduite de M. le Dr Paul Cassin.

Les quatre observations, apportées ici viennent merveilleusement justifier cette opinion et cette conduite : Aussi bien avons-nous donné, avant la présentation de ces observations, l'exposé net et précis du procédé opératoire appliqué à chacun des cas.

La méthode française a paru à M. Cassin être la méthode idéale, en raison de sa simplicité et de sa rapidité, et bien que nous ayons eu en notre connaissance la modification apportée par Franck dans la technique opératoire de la césarienne, nous avons considéré cette opération supra-symphysaire comme ne devant être indiquée que dans les cas où l'on pouvait supposer une infection utérine.

Toutes ces considérations furent envisagées, de peur qu'une décision, prise à la légère, ne vienne apporter quelques regrets ultérieurs au sujet de la conduite tenue.

Et si nous exposons ainsi, au début de notre thèse, très brièvement du reste, les préceptes déjà formulés, nous espérons également, après avoir présenté nos quatre observations avec toute l'impartialité nécessaire, entamer pour chacun de ces cas une courte discussion dans laquelle il nous suffira d'énoncer les raisons qui justifient à nos yeux la conduite tenue.

Mais il est naturel que de toute discussion jaillisse la lumière, ou tout au moins un peu de lumière ; aussi bien espérons-nous tirer quelques conclusions se rapportant aux observations qui nous intéressent. Loin de nous la pensée de généraliser ces conclusions et d'apporter des principes trop absolus ! Mais ne nous est-il pas permis, après avoir fait ressortir le peu de danger que présente l'opération césarienne,

d'indiquer quelle sera notre conduite toutes les fois que nous aurons à mettre en parallèle la vie de l'enfant et la vie de la mère? Jugeant aussi précieuse l'une que l'autre, nous affirmerons, dans nos conclusions, notre désir de ne jamais entrer dans des considérations d'ordre sociologique et de ne jamais céder devant des questions de personnalité ou de réputation.

Sans aucune prétention, et sans chercher à imposer ces quelques idées, il nous suffira de les avoir écrites, afin que nous puissions faire considérer notre conduite future comme justifiée.

MANUEL OPÉRATOIRE APPLIQUÉ A CHACUN DES CAS OBSERVÉS

Avant de choisir le procédé opératoire qui pouvait réaliser le mieux les conditions de rapidité, de simplicité, de sécurité, M. Cassin s'est demandé à quel moment il valait mieux commencer l'opération. Le moment de l'intervention est, en effet, d'une importance capitale. « L'opération césarienne, selon l'expression de Baudelocque, a un temps de nécessité et un temps d'élection ».

L'accoucheur prévenu trop tard ne peut suivre la marche des événements : il se trouve tout à coup en présence, tantôt d'une femme épuisée par un long travail, tantôt d'un enfant qu'il faut arracher à la mort ; alors il n'y a pas un instant à perdre, il faut agir et agir vite. Mais heureusement il n'en est pas toujours ainsi et l'accoucheur peut choisir le moment où il lui est permis d'opérer. Il doit se rappeler le sage précepte que donnait déjà Gardien en 1816 : « le succès de la gastro hystérotomie, lorsqu'on a reconnu sa nécessité, dépend beaucoup plus qu'on ne le pense du moment où on la pratique et des précautions qu'on observe ». Harris, se basant sur des statistiques prises très sérieusement concluait : « une opération hâtive sauvera 3 femmes sur 4, soit 75 $_{0}/^{0}$; une opération moyennement retardée sauvera 1 femme sur 3, soit 33 $_{0}/^{0}$; une opération tardive tuera 3 ou 4 femmes sur 5 ».

Nous avons opéré une seule fois très tardivement, puisque la femme se refusait obstinément à toute intervention, et les suites opératoires furent cependant excellentes ; mais pour les 3 premières, nous avons écouté les conseils donnés déjà sur le moment de l'intervention, et nous avons opéré deux heures après le début du travail : il ressort en effet de toutes les statistiques publiées jusqu'à nos jours que c'est là le moment d'élection pour la césarienne.

Préparatifs. — Ce sont ceux de toutes les grandes opérations abdominales. Le rectum est vidé par un ou deux lavements, la vessie est sondée ; les parties que l'on doit opérer sont soigneusement aseptisées bien avant l'opération, tandis qu'au moment même de l'opération, nous badigeonnons l'abdomen avec de la teinture d'iode. Mais il est inutile d'insister sur ces détails concernant les préparatifs, il va sans dire que rien ne fut oublié, et nous nous sommes ainsi gardé de mettre nos opérées en état de moindre sécurité. Nous devons toutefois mentionner l'injection d'ergotine dont nous avons fait chaque fois précéder l'opération : il est reconnu que cette injection doit prévenir l'hémorragie utérine au moment de l'incision.

Anesthésie. – Bien que l'on ait reconnu que les hémorragies consécutives à l'opération césarienne sont beaucoup plus fréquentes, depuis la découverte du chloroforme, à cause des vomissements qu'il provoque, nous avons donné la préférence à ce dernier. Nous avons pensé que depuis l'application des sutures utérines, tout danger d'hémorragie avait à peu près définitivement disparu.

Les aides. — Trois ont suffit amplement : un aide direct, un autre pour le chloroforme, un troisième enfin dont le rôle

unique était de s'occuper de l'enfant : ce dernier rôle fut confié à une sage-femme rompue à la pratique des accouchements.

Les instruments. — Nous trouvons inutile d'énumérer le nombre d'instruments nécessaires. Il nous suffit de souligner qu'un très petit nombre suffit au besoin.

Ouverture de l'abdomen. — Nous ne discuterons pas les différentes méthodes proposées pour l'incision de l'abdomen. Depuis Mauriceau et Deleurye, l'incision de la ligne blanche est la seule usitée. Nous avons donc incisé l'abdomen sur la ligne blanche, sur une longueur de 16 centimètres, en prenant pour milieu de l'incision l'ombilic.

Cette incision fut d'abord commencée au-dessous de l'ombilic, puis terminée au-dessus pendant que deux doigts (index et médius) de la main gauche, introduits entre les lèvres de la plaie, permettent à l'autre main de compléter l'incision au-dessus de l'ombilic. Il est inutile de dire que l'ombilic fut soigneusemeut contourné.

Ouverture de l'utérus. — Quelques auteurs recommandent de faire, d'une façon systématique, l'extériorisation de l'utérus avant de l'inciser. Cette précaution aurait pour but de protéger le péritoine contre l'issue de liquide amniotique. Mais cette extériorisation de l'utérus exigeant, presque toujours, une incision trop large de l'abdomen, nous nous sommes contenté de garnir la plaie abdominale de champs opératoires s'opposant suffisamment au contact de l'intestin et du péritoine avec le liquide amniotique.

L'incision de l'utérus fut faite sur la face antérieure et exactement sur la ligne médiane. Cette incision peut, sans inconvénient, remonter vers le fond, elle ne doit jamais empiéter sur les limites du segment inférieur. L'utérus est le plus

souvent incliné et dévié d'un côté, ordinairement à droite ; avant de l'inciser, et cette incision fut environ de 12 à 14 centimètres, nous l'avons ramené dans une situation telle que le grand diamètre vertical de sa face antérieure correspondait à l'incision abdominale.

Le danger d'hémorragie, si redouté par les anciens opérateurs, dû à l'insertion du placenta sur la face antérieure de l'utérus, doit être écarté et ne justifie plus l'application d'une ligature provisoire. Il a suffi qu'un aide fasse la compression manuelle du segment inférieur, tandis que l'opérateur faisait l'extraction de l'enfant et du placenta. Deux fois sur quatre, nous sommes tombé directement sur le placenta, et nous n'avons eu aucune peine à le décoller rapidement, faisant précéder ainsi l'extraction de l'enfant par la délivrance. Cette complication n'entraîna, du reste, aucune difficulté. Immédiament après l'extraction du fœtus et du délivre, nous avons introduit une grande compresse dans l'utérus, nous proposant de la retirer vaginalement une fois l'opération terminée.

Sutures de l'utérus. — Ces sutures doivent être faites après l'extériorisation de l'utérus : celui-ci, débarrassé de son contenu est maintenant très facile à extérioriser ; il repose ainsi sur un lit de compresses qui protègent le péritoine et l'intestin. Nous avons placé, à l'aide d'une aiguille de Doyen, une dizaine de catguts, réunissant toutes les couches musculeuses de l'utérus, et sur un deuxième plan nous avons suturé la séreuse qui recouvre l'utérus, de telle façon qu'il ne pouvait y avoir aussi aucune communication entre la cavité utérine et la cavité abdominale. Pendant tout ce temps de l'opération, l'aide direct a continué à comprimer la région inférieure de la matrice, empêchant ainsi le sang de gêner l'opération pour l'application des catguts.

L'utérus est ensuite replacé dans la cavité abdominale et

les compresses retirées, tandis que l'on ramène le grand épiploon par dessus la face antérieure de l'utérus.

Suture de la paroi abdominale. — Nous avons fait la suture classique, telle qu'elle est décrite dans les traités de chirurgie de l'abdomen : sutures à plusieurs plans superposés et à fils perdus. Cette suture, en trois plans superposés, est d'une importance fondamentale, car elle permet, lorsqu'elle est rigoureusement bien faite, de prévenir une éventration ultérieure et tardive. Nous avons donc placé successivement : 1° un surjet de catgut fin (n° 0) sur le péritoine ; 2° un surjet de catgut un peu plus fort (n° 2) sur l'aponévrose et les muscles ; 3° enfin la peau a été suturée à l'aide des agrafes Michel dans les trois premiers cas ; à l'aide de crins de Florence dans le dernier, car nous n'avions pas ce jour-là à notre disposition des agrafes. Du reste, si ce n'est pour la rapidité de l'exécution, les crins de Florence présentent quelques avantages, car on peut, afin d'éviter la formation d'espaces morts, faire alterner dans cette suture cutanée des points superficiels ne prenant que la peau avec des points profonds qui changent un peu du plan aponévrotique.

Pansement. — Après avoir soigneusement approprié les bords de la plaie avec de l'alcool, un pansement avec des gazes, coton hydrophile et coton ordinaire fut appliqué et laissé en place pendant huit jours.

Suites opératoires. — Le soir même de l'opération il y eut une légère élévation de température, mais le lendemain et les jours suivants cette température revint à la normale. Le huitième jour, les agrafes Michel ou les crins furent enlevés et nous avons constaté une cicatrisation parfaite par première intention pour deux de nos opérées ; pour les deux autres,

nous mentionnerons dans l'exposé des observations les complications survenues.

Avant de faire emporter la femme dans son lit, nous avons retiré la compresse préalablement introduite dans l'utérus après l'incision de celui-ci et l'extraction de l'enfant et du placenta ; cette compresse ainsi retirée entraîna les derniers débris de membranes qui auraient pu séjourner dans la matrice. En même temps un gros drain fut introduit par le col de l'utérus, assez long pour dépasser de un ou deux centimètres l'orifice des grandes lèvres du vagin. Nous considérons ce drainage comme devant avoir une portée considérable sur les suites opératoires, et bien que dans les césariennes très tardives son importance soit diminuée à cause du col largement ouvert, nous estimons que ce drainage doit être fait toutes les fois.

Telle est la méthode que nous avons appliquée, méthode aussi simple que précise, et c'est cette simplicité et cette précision qui faisaient dire à M. le docteur Paul Cassin : « L'opération césarienne est une opération de plein jour, ne demandant que de la décision de la part de l'accoucheur et assurant toujours, sauf en cas de retard excessif, le salut de l'enfant. »

Observation première

Nous reproduisons cette observation, telle qu'elle a été publiée par le docteur Paul Cassin, dans le *Bulletin de la Société de Médecine de Vaucluse*, dans la séance du 26 juillet 1907.

Bassin scoliotique. — Rigidité anatomique du col utérin. — Présentation de la face avec procidence du bras. — Opération césarienne. — Succès.

Délivrer par section césarienne une parturiente chez laquelle, au cours de la grossesse, l'accouchement par les voies naturelles avait paru possible, telle est l'observation que je vous apporte.

X..., primipare, 33 ans, a ses dernières règles en septembre 1906 ; elle se présente à la Maternité à la fin de mars 1907 pour connaître si sa délivrance à terme doit être attendue ou s'il est indispensable de l'accoucher prématurément. C'est une petite bossue de 1 mètre 38, très intelligente, mais défiante autant qu'inquiète, qui se refuse à donner son état civil et tout renseignement, qui se prête de mauvaise grâce à l'examen et nous quitte après un court séjour pour ne revenir qu'au moment du travail, malgré la recommandation de faire surveiller l'évolution de sa grossesse.

C'est donc au pied levé, par une instantanée rapide, qu'on a pu recueillir les données suivantes qui sont bien incomplètes,

Le tronc très court vient appuyer par les dernières côtes sur le bassin ; les membres démesurément longs donnent au port de la personne l'aspect « d'araignée », si bien décrit par Tarnier.

La gibbosité à convexité postérieure droite présente son sommet à la hauteur de la 6me dorsale, elle est constituée par le tiers postérieur des 6me, 7me, 8me côtes droites et le bord spinal de l'omoplate ; au-dessous une courbure de compensation rejette la partie dorso-lombaire de la colonne dans le plan gauche du corps avec une flèche de 0,05 cm pour chacune des inflexions ; le coin sacré pénètre d'aplomb dans la ceinture pelvienne, mais avec un tassement tel que le losange de Michaëlis est devenu triangulaire. Si l'on considère le segment inférieur du tronc, abstraction faite du thorax, il apparaît normal. L'écartement des épines iliaques antéro-supérieures est de 27 centimètres, des trochanters de 31 centimètres ; de la crête iliaque au sol, on mesure 97 centimètres et si ce n'était l'inclinaison excessive de la ligne de Neugebauer qui atteste l'abaissement de l'arc pubien, on affirmerait un bassin praticable.

L'exploration digitale interne montre que la vulve est directement dirigée en arrière ; que le vagin, très étroit, est bourré de granulations ; que les épines sciatiques et la pointe du coccyx sont déjetées en dedans, mais il est impossible d'atteindre au promontoire, et l'évasement des parois osseuses au dessus du plan du détroit inférieur confirme les résultats de la pelvimétrie extérieure. C'est, en somme, le classique bassin en entonnoir de la bossue ; on sait combien cette déformation se prête à la délivrance naturelle, lorsque le fœtus n'est pas gros et la présentation favorable.

La femme revint à la Maternité le 5 juin, à 11 heures du matin ; elle venait de perdre les eaux et éprouvait depuis quelques heures des douleurs régulières.

M. le docteur Pestre, interne du service, constate l'absence de toute dilatation, le col est fermé bien que complètement effacé ; derrière le segment inférieur aminci, on sent dans la partie gauche du bassin un coin triangulaire mousse et un membre fœtal procident. Les deux parties sont mobiles à l'exploration.

La journée et la nuit se passent avec des contractions régulières, revenant toutes les huit à dix minutes sans que l'état de la présentation se modifie. Dans la matinée du 6, à ma visite, je constate, avec des douleurs normales, la rigidité de l'orifice cervical, toujours imperméable au doigt, la présentation mento-iliaque gauche transverse avec procidence du bras droit, tout cela perceptible derrière le segment inférieur très aminci.

Il restait encore assez de liquide dans l'utérus pour que le fœtus fut mobilisable, les bruits de son cœur étaient nets et fréquents, mais la femme paraissait fatiguée ; toujours silencieuse et farouche, elle s'abandonnait maintenant sans résistance aux explorations qui confirmaient celles du mois de mars.

Fallait-il attendre la dilatation naturelle du col, alors que depuis vingt quatre heures, malgré des contractions régulières, il demeurait fermé, donnant au doigt, suivant l'expression de mon interne, la sensation de l'anus fœtal dans la présentation du siège ?

Si nous le forcions, digitalement ou instrumentalement, qu'allait-il advenir de cette présentation transverse de la face, demeurant toujours élevée, à cause du membre procident qui s'opposait à son engagement ?

Elle pouvait s'enclaver, c'était alors le sacrifice de l'enfant. Pour réduire le membre, il eut fallu disposer d'un utérus maniable et non en travail incessant, d'un col souple et surtout de voies vaginales praticables, élastiques, non pas

rigides et ligneuses, comme celles que l'inflammation granuleuse chronique du vagin avait déterminées.

La version ! c'était courir au-devant du plus grand danger auquel soit exposée la tête dernière, avec un pubis barré et un diamètre inférieur rétréci.

Au sacrifice de l'enfant, pareilles manœuvres auraient ajouté des risques considérables pour la mère.

Ma décision fut prise : seule, l'opération césarienne permettait de sauver les deux existences. Il y manquait l'assentiment de la parturiente, il fut obtenu sans effort.

Je pratiquai l'opération à 11 heures du matin : incision médiane de 15 centimètres, dont l'ombilic fixe le milieu, la section utérine intéresse dans son quart inférieur le rebord placentaire; extraction de l'enfant vivant et de l'arrière faix.

Ces divers temps sont exécutés en quelques minutes, sans hémorragie, grâce à la compression que les mains de mon aide exercent circulairement dans la région hypogastrique.

L'utérus amené au-dehors sur un lit de compresses est suturé au catgut sur deux plans, en surget, musculaire et séro-séreux ; il est remis en place, le tablier épiploïque abaissé ; trois fils métalliques d'attente traversent les lèvres de section des plans de la paroi abdominale ; le péritoine, les droits avec leur gaîne sont suturés en deux plans au catgut ; la peau est fermée au crin de Florence, l'ensemble est consolidé par la torsion des anses métalliques.

Les suites, d'abord très simples, présentèrent au septième jour un incident dû à la rétention lochiale; le thermomètre s'éleva à 39°, avec diarrhée profuse et incontinence des selles.

En même temps, des phénomènes cardio-pulmonaires graves éclataient ; habituellement dyspnéique de par sa conformation thoracique, notre opérée était fort incommodée par

l'attitude horizontale et l'immobilité que les circonstances lui imposaient ; la fièvre aggrava son oppression au point de la rendre inquiétante ; grâce à des lavages intra-utérins, des injections d'huile camphrée, de morphine ou de sérum, tout rentra progressivement dans l'ordre.

Le pansement pratiqué au huitième jour montra une plaie abdominale parfaitement réunie, à laquelle on laissa, par précaution, le fil médian de la suture métallique profonde jusqu'à la fin de la deuxième semaine.

L'opérée quitta l'hôpital le 5 juillet, laissant dans le service de la crèche son enfant. Elle était donc guérie après trente jours.

L'incident de rétention mérite de nous arrêter un instant ; le drainage utéro vaginal est toujours discuté ; considéré comme une amorce à l'infection utérine lorsqu'elle n'existe pas, il doit être pratiqué toutes les fois que cette infection est évidente ; dans notre cas, l'indication était autre : c'était celle de l'imperméabilité du col utérin par rigidité anatomique. Cette imperméabilité n'était pas absolue puisque l'écoulement lochial avait été normal pendant les premiers jours, mais il avait suffi d'un caillot ou d'un bouchon muqueux pour réaliser son occlusion. Je ne crois pas au caillot, puisque le liquide de lavage intra-utérin sortit limpide, mais bien à la seconde des causes, celle du bouchon produit par l'inflammation chronique du col. Pendant toute sa grossesse, notre accouchée avait soigné, par des injections astringentes, par des caustiques variés, l'état granuleux du vagin ; même pendant la période du travail, cet organe était demeuré rigide, dur, l'orifice externe du col avait participé à cette altération ; pour en prévenir les conséquences pendant la période d'involution, j'aurais dû la perméabiliser par une dilatation digitale rétrograde, alors que j'avais ma main dans l'utérus.

En résumé, le succès de cette opération est une observation de plus en faveur de la césarienne. Alors que les perfectionnements apportés à la symphyséotomie et à la pubiotomie sont, avec l'attrait de la nouveauté, les causes de la faveur dont jouissent ces méthodes, la vieille section abdominale, débarrassée de la complication du Porro, demeure la voie la plus sûre pour extraire l'enfant qu'une distocie quelconque retient dans le ventre de la mère : rapidité, simplicité, sécurité, sont des avantages qu'aucune opération rivale ne peut lui contester.

Discussion de l'intervention

Comme le dit le docteur Cassin, l'examen de la parturiente qui fait l'objet de la première observation avait permis d'espérer comme possible un accouchement par les voies naturelles. Au moment du travail, qui se manifesta par des douleurs normales, on constate la rigidité de l'orifice cervical, la présentation mento iliaque gauche transverse avec procidence du bras droit.

La conduite tenue par le docteur Cassin a été exposée dans l'observation déjà donnée. Mais quelques objections pourraient être faites et il est juste que nous tenions à donner les arguments qui nous paraissent réfuter d'une façon suffisante ces quelques objections.

Tout d'abord la possibilité d'un accouchement provoqué aurait-elle pu être envisagée? Nous dirons un peu plus loin tout ce que nous pensons de ces manœuvres qui ne servent qu'à mettre au monde des enfants débiles. Mais, pour l'instant, nous devons nous empresser d'affirmer qu'il était impos-

sible de songer à un accouchement provoqué, au moment où la femme fut examinée, puisque l'étude complète du bassin fit faire le diagnostic de bassin en entonnoir chez une bossue, bassin que l'on considère comme parfaitement viable.

Il ne fallait pas songer non plus, au moment du travail, à forcer, digitalement ou instrumentalement, le col de l'utérus, car l'on pouvait se demander ce que deviendrait la présentation de la face avec procidence du bras. Cette dilatation artificielle aurait été parfaitement indiquée pour une présentation du sommet, et si elle n'avait pas été suffisante, la césarienne vaginale aurait permis d'appliquer un forceps sur une tête bien engagée.

Mais telles n'étaient pas les conditions ; il n'était donc possible que de mettre en parallèle la césarienne avec la version. Cette dernière aurait-elle pu, après dilatation ou incision de l'utérus, permettre d'amener un enfant vivant? Or, quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir faire une version, conditions sans lesquelles la version ne doit pas être tentée ?

Il suffit de consulter les ouvrages classiques pour savoir :

1° Que l'orifice utérin doit être complètement dilaté, ou suffisamment dilatable pour que la main et l'avant-bras puissent pénétrer sans effraction et surtout pour que la tête du fœtus puisse être rapidement entraînée à travers l'orifice utérin ;

2° Que la partie fœtale qui se présente ne soit pas trop engagée et qu'elle puisse être refoulée dans la cavité utérine sans difficulté, sans quoi on risquerait de produire une rupture utérine ;

3° Que le bassin ne soit pas trop rétréci ; si, en effet, le rétrécissement est trop considérable, il sera bien difficile d'amener un enfant vivant, car le dégagement de la tête

dernière est déjà très difficile dans les cas de bassins normaux ;

4° Que les membranes ne soient pas rompues depuis longtemps et que, par conséquent, l'utérus ne soit pas trop rétracté, ce qui peut empêcher complètement l'évolution de se produire et, en outre, exposer l'utérus à se rompre.

Telles sont les conditions considérées comme indispensables pour pratiquer une version sans faire courir de grands risques à la mère ou à l'enfant.

Nous n'insisterons pas sur les difficultés que présente la pratique de cette manœuvre, mais il nous suffit de jeter un coup d'œil sur les conditions déjà soulignées pour nous rendre compte que la version n'était guère possible.

Seules la deuxième et la troisième conditions pouvaient être jugées comme devant permettre la version : la partie fœtale qui se présentait n'était en effet pas trop engagée, puisqu'il y avait présentation de la face avec procidence du bras ; d'autre part, l'étude du bassin, malgré la sensation de barre que donnait au doigt le pubis, n'affirmait pas un rétrécissement tel qu'il puisse empêcher le dégagement de la tête dernière. Mais la première et la deuxième des conditions étaient loin d'être réalisées : en effet, le col était absolument imperméable et la rigidité de l'orifice était à ce point que seule la césarienne vaginale aurait pu vaincre la résistance. Mais les membranes étaient rompues depuis au moins 24 heures. Pourquoi donc introduire la main dans un utérus rétracté contenant peu de liquide ou pas ? N'aurait-on pas risqué la rupture utérine ?

La version était donc tout à fait contr'indiquée et si la mère s'était refusée à l'intervention, il fallait admettre comme seule ressource le sacrifice de l'enfant.

Or, nous estimons que, sans insister sur les risques considérables qu'auraient ajouté pour la mère de pareilles manœu-

vres, le médecin n'a jamais le droit de sacrifier la vie de l'enfant. La perforation du fœtus vivant doit être considérée comme la banqueroute de l'obstétrique. Malheureusement, s'il n'est pas possible à l'heure actuelle d'effacer complètement cette opération du tableau de l'obstétrique opératoire, on ne doit y avoir recours que contraint par une absolue nécessité.

Observation II

Dans la deuxième de nos observations, il s'agit d'une femme de 24 ans (J. G.), exerçant le métier de couturière. Elle entre à la Maternité le 11 janvier 1909.

L'interrogatoire touchant ses antécédents héréditaires nous apprend que la mère de la parturiente est morte d'une néphrite chronique, après avoir donné le jour à cinq enfants, dont deux sont morts en bas-âge, les autres actuellement vivants et bien portants.

Plus intéressants sont les antécédents personnels. Nettement nous nous trouvons en présence d'une de ces enfances pénibles de rachitique s'efforçant vers une puberté bien dure à atteindre. La malade nous apprend, en effet, qu'elle a commencé à marcher seulement vers l'âge de 6 ans, et qu'elle a présenté des troubles gastro-intestinaux assez sérieux. Lentement s'organisent chez cette enfant des déformations osseuses parmi lesquelles celles du bassin vont rendre impossible tout accouchement normal. Réglée seulement à 17 ans, et d'ailleurs mal réglée, elle entre à la Maternité pour sa première grossesse à l'âge de 24 ans.

A l'entrée, nous nous trouvons en présence d'une femme assez amaigrie, toussant depuis quelques temps. L'examen des poumons révèle une légère matité du sommet droit en arrière, avec une expiration prolongée du même côté. L'examen obstétrical nous montre un utérus remontant jusqu'à l'ombilic. Les bruits fœtaux sont entendus à droite. La date des dernières règles remonte au 25 mai 1908, mais cette date ne

donne pas exactement l'âge de la grossesse, car la parturiente a été toujours mal réglée.

Les antécédents rachitiques, la taille très petite de la femme (1m,40), attirent notre attention du côté du bassin, et les diverses mensurations notées alors sont les suivantes :

Diamètre antéro-postérieur.....	17	centimètres
— bis-iliaque.....	26	—
— bi-trochantérien.....	30	—

Le losange de Michaëlis est légèrement déformé et il y a un petit peu de scoliose à convexité droite.

Le toucher vient confirmer le diagnostic de rétrécissement du bassin, en nous donnant comme diamètre promonto sous-pubien, après soustraction de un centimètre et demi pour les parties molles, huit centimètres et demi. Nous concluons donc à un bassin plat rachitique généralement rétréci, chez lequel l'élément déformation entre très peu en ligne de compte.

Le 11 avril, dans la journée, la jeune femme éprouve quelques petites douleurs : déjà le diagnostic de la présentation a été fait : la tête est orientée en O I G A, mais nullement amorcée et les deux mains qui la palpent se la renvoient librement au-dessus du détroit supérieur. Cependant les douleurs augmentent d'intensité, se précisent dans la nuit du 11 au 12, permettant d'espérer un accouchement spontané, ou tout au moins aidé d'une application de forceps, pratiquée en temps opportun. Mais le 12, dans la matinée, alors que la dilatation était à peine commencée, l'auscultation du cœur devient de moins en moins satisfaisante. Celle-ci, pratiquée à de fréquents intervalles, révèle une diminution du nombre des pulsations et un notable affaiblissement dans l'intensité des bruits du cœur, affaiblissement surtout manifeste au moment des contractions utérines. La tête fœtale est alors à peine engagée. Bientôt les bruits du cœur deviennent

plus rares : 50 pulsations. A ce moment une intervention devenait nécessaire.

Fallait-il pratiquer une dilatation rapide du col, suivie d'une prise de forceps sur une tête au détroit supérieur ? Une symphyséotomie ou une pubiotomie permettraient-elles de mettre au monde un enfant vivant ? Peut-être, mais était-ce bien certain ? La section césarienne parut, à ce moment, la seule ressource qui permît de sauver en même temps la mère et l'enfant, et nous discuterons un peu plus loin la nécessité de cette intervention, en la comparant à certains résultats obtenus dans des cas de symphyséotomie ou de pubiotomie.

L'extraction par la voie abdominale fut donc décidée. Elle ne présenta aucun incident, si ce n'est la situation du placenta qui apparut au niveau de l'incision utérine et qui fut décollé rapidement avant l'extraction de l'enfant : nous avons exposé, dans notre technique opératoire, combien cette complication était sans importance et combien l'hémorragie interne était diminuée par la compression que faisait l'aide au niveau de l'isthme.

Les suites opératoires pendant les premiers jours furent parfaites : l'enfant, qui pesait 3 kilos, put prendre le sein de sa mère et progressa très rapidement.

Mais le huitième jour une légère suppuration s'établit dans la paroi, suppuration qui cèda bien vite à des lavages à l'eau oxygénée et à l'électrargol.

La femme put sortir au bout d'un mois, complètement guérie.

Discussion de l'intervention

La femme, dont l'observation est maintenant connue, était une rachitique dont le diamètre promonto sous-pubien avait une longueur de 8 centimètres et demi. Un tel diamètre était capable de laisser passer un enfant de 8 mois ou 8 mois et demi ; c'est du moins une hypothèse que l'on pouvait faire, et le problème de l'accouchement provoqué s'est posé à nous avec toutes les exigences qu'il présente pour la vitalité de l'enfant. La condition essentielle du succès pour l'enfant est, en effet, que l'accouchement ne soit jamais provoqué avant la trente-sixième semaine, c'est-à-dire après les premiers jours du neuvième mois.

C'est seulement à cette époque que le fœtus, avec un poids d'environ 2.300 grammes, acquiert un développement et un degré de vitalité qui en garantissent la survie définitive. Or, comme le dit M. Pestalozza (Rome), dans un article d'octobre 1909, publié dans l'*Obstétrique :*

« Il suffit d'une incertitude dans la détermination de l'âge de la grossesse pour que, cette donnée faisant défaut, nous soyons dépourvus des éléments essentiels pour établir l'indication de l'accouchement prématuré. Il s'en suit que nous n'aurons recours à cette opération que lorsque l'accord des différents éléments de jugement nous permettra de préciser de la façon la plus sûre l'âge de la grossesse. Nous devons donc exclure de l'accouchement provoqué les cas pour lesquels il y a quelque incertitude, sous peine d'assister ou à la naissance d'un enfant débile, et pour cela destiné à succomber, ou à celle d'un enfant qui en réalité est à terme ou

presque et a, par conséquent, des dimensions supérieures à celles du bassin. »

Il faudrait donc connaître toutes les fois l'âge exact de la grossesse, et à ce point de vue que d'erreurs à enregistrer ! Il suffit d'avoir fait un stage un peu prolongé dans une maternité pour se rendre compte combien sont incertains et variables les signes de l'âge d'une grossesse. Ne voit-on pas presque toutes les fois un écart de dix, quinze jours ou même trois semaines, avec la date qui paraissait être fixée par l'époque des dernières règles, des premiers mouvements du fœtus sentis par la mère, enfin par les mensurations du fond de la matrice jusqu'à la symphyse ? On a proposé d'ajouter dix jours à la date des dernières règles et de compter à partir de ce jour neuf mois exactement. En bien ! nous pouvons affirmer que c'est là seulement une moyenne que l'on doit admettre, moyenne prise dans les statistiques. Mais lorsqu'il s'agit d'une précision aussi utile que celle-là, étant donné son importance au point de vue de la vitalité de l'enfant, une moyenne ne doit pas imposer une règle absolue.

Par le seul fait que cette règle ne peut pas être absolue, nous considérons l'accouchement provoqué comme une ressource exceptionnelle qui doit être réservée pour quelques cas seulement. Par exemple, le cas où la mère se refuse à toute intervention sanglante, ou bien ceux où les renseignements sont suffisamment précis pour que l'on puisse affirmer l'âge de la grossesse.

Nous avons donc rejeté l'hypothèse de l'accouchement provoqué, en nous basant sur les quelques considérations que nous venons d'exposer, et si nous pouvons être critiqué sur ce point, assez délicat du reste, nous croyons qu'il soit impossible de ne pas trouver des incertitudes flagrantes dans tout ce qui a été dit ou écrit sur l'accouchement provoqué.

Nous avons donc adopté la méthode d'expectation parce

qu'elle nous a paru la meilleure. Tout tend aujourd'hui à faire triompher cette méthode.

Garanti par les moyens perfectionnés du diagnostic qui permettra de prévoir les complications, assuré par la protection que donne l'asepsie, encouragé par la certitude qu'une opération aura presque toujours d'excellents résultats, nous avons attendu que le début du travail se produise d'une façon naturelle.

Mais alors deux lignes de conduite s'offraient à nous. Devions-nous préférer, à une opération sûre et rapide, promettant à la mère, au bout d'une vingtaine de jours, une guérison complète et l'espoir d'une autre maternité ultérieure, une intervention tèlle que la symphyséotomie ou la pubiotomie, exigeant de la mère un repos prolongé au lit et lui laissant bien souvent une infirmité bien gênante? Nous rapportons, ici même, une observation d'opération de Gigli pratiquée par M. Cassin le 1er août 1907 et publiée dans le *Bulletin de la Société de Médecine de Vaucluse* le 25 octobre 1907.

Cette observation nous paraît prouver surabondamment la supériorité de la césarienne sur toutes les opérations, telles que la symphyséotomie ou la pubiotomie.

Un cas d'opération de Gigli

par le docteur P. Cassin

En affirmant, dans une récente communication (voir *Bulletin de la Société de Médecine de Vaucluse,* n° 30, 1907), que l'opération césarienne avait pour elle la simplicité, la rapidité, la sécurité, j'étais loin de penser, qu'à quelques semaines de là, une opération de Gigli, bien que pratiquée dans des conditions favorables, devait me donner raison.

Le 1er août 1907 entre à la Maternité une primipare, âgée de 36 ans, à ventre en obusier; c'est une Italienne employée aux travaux des champs, ne parlant pas notre langue, muette par conséquent sur ses antécédents.

Elle perd les eaux au moment de son admission. Les parties molles sont souples, le col utérin dilaté à 0,05 centimètres: l'arcade pubienne est régulière, le détroit inférieur large; à bout de doigt, sans peine aucune, on heurte le promontoire saillant dans l'excavation, dont les autres dimensions sont normales; la tête non engagée, l'occiput dirigé en avant est mobile; les bruits du cœur offrent leur maximum sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic, nets et bien frappés; c'est donc une présentation du sommet dans un bassin couvert à disposition reniforme, le promonto sous-pubien mesure 9 centimètres 5.

La journée et la nuit se passent en douleurs inutiles. A la visite du lendemain, je trouve la dilatation complète, la tête toujours haute, immobile derrière le pubis; une bosse sanguine est en train de se former aux vertex, les bruits du cœur fœtal se ralentissent et les douleurs se font plus rares; le doigt explorateur ramène du mœconium.

Le forceps de Levret, muni de lacs de Chassagny, appliqué en bonne prise ne détermine aucune descente, malgré les tractions que mon interne, M. Ressiguier, et moi exerçons successivement. Aussitôt, sans retirer l'instrument, je pratique avec la ficelle-scie la section sous-cutanée du pubis à quelques millimètres en dehors de l'épine gauche ; les tractions deviennent efficaces ; sans effort j'amène un garçon vivant du poids de 3 kilogr. 200.

L'écartement de la section pubiennne pendant l'extraction, malgré la pression des aides qui s'y opposent, en soutenant les ilions, atteint 3 centimètres ; une déchirure se produit dans la partie gauche du vagin, immédiatement réparée par deux points de crin de Florence.

L'enfant présente sur la partie moyenne de la suture fronto-pariétale droite une forte empreinte produite par la saillie du promontoire ; c'est le classique enfoncement triangulaire qui rappelle le chapeau cabossé. Il est le résultat de la force excessive développée pendant les tractions qui ont précédé la pubiotomie. Malgré ça, le nouveau-né se développe sans accident.

Les suites de l'accouchement ne sont pas aussi simples pour la mère. Immobilisée dans une ceinture plâtrée, elle est prise de diarrhée le lendemain de l'accouchement ; son appareil de contention fut souillé ; il fallut l'enlever et le remplacer par une gouttière de Bonnet. Le transfert fut particulièrement douloureux : le moindre mouvement des membres inférieurs retentissait sur les sections pelviennes. Il en fut ainsi pendant la première semaine, soit qu'on procédât à la toilette obstétricale, soit qu'on favorisât la miction. La température et les lochies demeuraient physiologiques.

Mais le decubitus et la température aidant, il se produisit au contact de l'ouverture pelvienne de la gouttière, un érythème, qui, sous l'influence de la diarrhée persistante devint le

départ de plaies septiques : escharres fessières symétriques qui prirent un fort vilain aspect et provoquèrent tous les signes d'une infection fébrile grave, terminée au vingtième jour par une double phlegmatia des membres inférieurs ; heureusement les organes pelviens, non plus que les plaies opératoires, n'y participaient; involution utérine, soudure du pubis, réparation de la déchirure vaginale se firent régulièrement.

Aujourd'hui, deux mois après l'accouchement, la patiente remise de l'intervention obstétricale, a la perspective d'une longue impotence, du fait des complications du decubitus et des phébites qui en ont été la suite.

Comment ne pas comparer ces résultats avec ceux qu'aurait donnés la section césarienne ? Là, toutes les conditions de bonne chirurgie se réalisaient ; l'opération, sous le contrôle de l'œil, intéressait seulement les parties molles, promptes à se réparer ; pas de gouttière ni de plâtre, pas d'immobilité prolongée et surtout aucune douleur dans l'écartement des membres inférieurs, conditions inséparables de la bonne hygiène d'une accouchée. La pubiotomie, au contraire, par la divulsion imposée à l'aveugle aux plans rétropubiens a exposé à des déchirures, a exigé de longues semaines pour la répation de la brèche osseuse et a réalisé tous les dangers du decubitus prolongé.

L'opération de Gigli, plus jeune que ses sœurs l'ischiopubiotomie et la symphyséotomie paraissait devoir les détrôner, parce qu'elle est moins dangeureuse (2 % de lethalite au lieu de 7 %), mais il faut reconnaître que la durée et les risques des soins consécutifs communs à ces diverses pubycotomies ne sont pas des encouragements à les pratiquer. Aujourd'hui la crainte du péritoine ne doit pas plus exister en obstétrique qu'en chirurgie ; elle seule a éloigné les accoucheurs de l'opération césarienne, ils doivent y revenir toutes

les fois que, l'utérus n'étant pas affecté, la vie de l'enfant étant sauve, la traversée de la filière pelvienne présente des dangers.

Ces vues n'ont rien de personnel, je les ai retrouvées dans une récente étude faite par Bonnaire, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, sur vingt opérations césariennes (*Presse médicale*, 5 oct. 1907) : « Cet ensemble d'observations nous donne la conviction que l'opération césarienne n'entraîne pas plus de risques pour la mère que l'accouchement artificiel par les voies naturelles avec déploiement de force, et qu'elle sauvegarde mieux les intérêts de l'enfant. Nous estimons, avec, sans doute, la grande majorité des accoucheurs du temps présent, que le champ de ses indications ira en s'éloignant, aux dépens de celle de l'accouchement prématuré. »

Observation III

La troisième de nos observations concerne une femme (M. J.), entrée à la Maternité le 27 août 1909. C'est une petite femme de 22 ans, taille 1 m. 35.

Si nous l'interrogeons sur ses antécédents héréditaires, elle ne nous dévoile rien qui puisse attirer notre attention. Les antécédents personnels eux-mêmes ne nous donnent aucun renseignement bien utile, si ce n'est un arrêt de la croissance à l'âge de 12 ans. L'interrogatoire assez difficile chez cette femme qui répond mal aux questions ne permet pas d'affirmer un passé de rachitique.

Nous sommes donc obligé de nous en tenir aux antécédents obstétricaux, qui suffiront à compléter notre examen et à nous dicter la conduite à tenir au moment de l'accouchement.

Réglée à 16 ans, par conséquent assez tard, elle se marie à 19 ans et devient enceinte quelques mois après son mariage. Cette grossesse ne présenta rien de particulier jusqu'à 7 mois, mais à ce moment, sous une influence qu'il nous a été impossible de préciser, la femme entre en travail et met au monde un enfant de 1 kilogr. 140, qui vécut seulement quelques heures.

Aujourd'hui, à son entrée, elle se trouve à la fin du huitième mois de sa deuxième grossesse. L'examen nous permet de sentir par la palpation la tête excessivement mobile au-dessus du détroit supérieur et orientée en position droite. La petite taille de cette femme, son aspect gracile attirent notre attention vers un examen plus approfondi de

son bassin et voici les mensurations que cet examen nous a données :

Diamètre bis-iliaque ..... 24 centim.
— bi-trochantérien ..... 31 —
— antéro-postérieur ou de Baudelocque. 17 —

Le toucher nous fait atteindre facilement le promontoire et nous donne comme diamètre promonto sous-pubien 5 centimètres et demi. Le toucher nous permet aussi de nous rendre compte que le bassin ne présente aucune irrégularité dans sa morphologie.

Etudiant plus à fond la conformation de cette femme, nous constatons qu'elle n'a aucune déformation de sa colonne vertébrale, pas de scoliose, et c'est à peine si l'angle supérieur du losange de Michaëlis paraît un peu abaissé.

Tel est le résultat de l'examen complet chez cette femme, et la conclusion s'impose d'elle-même sans difficulté : nous nous trouvons évidemment en présence d'une femme très petite chez laquelle s'est produit à une certaine période du développement un arrêt de la croissance portant sur le système osseux en général et sur le bassin en particulier.

Bassin rétréci par arrêt de développement, et généralement rétréci ; accouchement impossible par les seules forces naturelles ; intervention nécessaire et obligatoire au moment du travail. La seule intervention possible, puisque l'accouchement provoqué était trop tardif à cet âge de la grossesse à cause du volume du fœtus, nous parut être la césarienne.

M. le docteur Cassin nous fit l'honneur de nous donner la responsabilité de cette opération, et dès lors nous avons employé toute notre énergie à convaincre la femme de la nécessité d'une telle intervention. Malheureusement, le souvenir du dernier accouchement, avant terme il est vrai, mais spontané tout de même, nous rendit notre tâche très difficile

et nous nous sommes heurté pendant un mois au refus le plus absolu.

Le 28 septembre, à 6 heures du soir, la femme manifesta quelques légères douleurs qu'elle essaya de dissimuler autant que possible. A 10 heures, ces douleurs s'accentuent et Madame la surveillante de la Maternité nous fait appeler.

La poche des eaux venait de se rompre et la dilatation était presque complète. Les douleurs étaient tellement violentes à ce moment-là, que nous avons eu la sensation très nette qu'il fallait opérer bientôt si l'on voulait retirer un enfant vivant. Mais la parturiente, malgré tout notre effort de persuasion, ne voulut point consentir à une opération qu'elle jugeait elle-même parfaitement inutile. Les heures passaient et de plus en plus nous nous rendions compte que l'énergie utérine, loin de s'affaiblir, s'exerçait au contraire avec une violence inouïe, comprimant la tête fœtale sur un bassin trop étroit pour permettre la descente dans l'excavation.

A 6 heures et demie du matin se produisit une issue de mœconium par le vagin, en même temps que les bruits du cœur fœtal commençaient à diminuer d'intensité. Il fallait aller vite et nous nous sommes hâté de prévenir le chef de service, malgré le refus de la femme. Celle-ci, du reste, ne tarda pas à comprendre combien il était téméraire, de sa part, d'espérer un accouchement spontané, et lorsque M. Cassin arriva, elle nous donna l'autorisation d'opérer. Il était 7 heures et demie, les bruits du cœur s'entendaient encore, mais faiblement, et l'on pouvait peut-être sauver l'enfant.

Sous la surveillance de M. le docteur Cassin, nous avons pu nous rendre compte de la facilité de cette intervention. Malheureusement, l'extraction de l'enfant nous permit de constater 2 ou 3 circulaires autour du cou. L'enfant fut confié aux soins d'une sage-femme, mais il fut impossible de

le ramener à la vie. Il pesait 2 kilogr. 630 et était normalement constitué.

L'opération se fit sans autre incident et les suites opératoires furent parfaites. Le huitième jour les agrafes Michel sont enlevées et l'on constate une plaie cicatrisée par première intention. Le vingt-cinquième jour la femme quitte la Maternité complètement guérie.

Discussion de l'intervention

Nous nous sommes ainsi trouvé dans le cas du médecin qui, conscient de la nécessité absolue d'une intervention, se voit opposer une résistance qu'il espère cependant arriver à vaincre. La mort de l'enfant dont nous considérons comme responsable une mère trop peu confiante, victime d'un entêtement bien mal justifié, ne devait pas amoindrir l'opinion favorable que nous nous faisions de la césarienne. Persuadé comme nous l'étions des bons résultats qu'elle aurait donnés, pratiquée en temps utile, nous ne pouvions vraiment pas considérer cette mort comme un argument à lui opposer. Qu'il nous soit permis simplement de signaler le douloureux état d'âme dans lequel nous nous sommes trouvé pendant tout le temps où nous sentions s'écouler et fuir les minutes où il serait encore utile de prendre une décision. C'est lorsque les douleurs deviennent intolérables, lorsque la femme se croit menacée de mort, qu'égoïstement elle capitule. Mais alors il est trop tard.

Cette marche des événements prouve indubitablement qu'on se trouvait en présence d'une indication absolue de la

césarienne. Cette intervention serait donc parfaitement acceptable si elle avait été pratiquée deux heures après le début du travail.

Telle était notre intention pendant toute la durée du temps où la femme put séjourner à la Maternité comme expectante, mais telle ne fut pas la réalisation de notre désir, et nous ne pouvons que regretter les circonstances dont il ne fut pas en notre pouvoir d'éviter les conséquences.

Pouvons-nous maintenant justifier notre conduite et avons-nous eu des raisons suffisantes qui nous aient permis de faire une césarienne aussi tardive et dans des conditions aussi défavorables pour l'enfant ? Nous avons déjà mentionné dans la discussion d'une précédente observation combien nous considérions le sacrifice de l'enfant comme devant être accepté dans des cas tout à fait exceptionnels ; d'autre part, nous avons déclaré qu'au moment de notre intervention les bruits du cœur fœtal s'entendaient encore et que nous avions l'espoir de sauver l'enfant. Mais devions-nous accepter une intervention aussi tardive ? Nous savons, en effet, que l'état de souffrance de l'enfant est considéré comme une contre indication absolue de la césarienne. Mais nous devons ajouter que malgré ces recommandations de la part d'un maître aussi autorisé que M. Bar, beaucoup d'accoucheurs ont poussé l'audace jusqu'à opérer des femmes en travail depuis très longtemps, dont l'enfant souffrait et avait rendu du mœconium en quantité considérable. « M. le professeur Audebert et son chef de clinique pratiquèrent une opération césarienne conservatrice chez une femme en travail depuis 48 heures ; les résultats furent excellents pour la mère et pour l'enfant ».

Ainsi donc la rupture des membranes et la souffrance du fœtus et même de la mère ne semblent pas avoir arrêté les opérateurs. De ce que la poche des eaux est rompue, il ne

s'en suit pas que l'œuf soit déjà habité par des microbes susceptibles de produire une infection. Il est admis à l'heure actuelle, et avant d'opérer nous avons jugé par les articles ou ouvrages publiés sur cette question que bon nombre d'auteurs étaient de cet avis, que la césarienne ne doit pas être rejetée d'une façon absolue, même quand elle est très tardive.

Du reste, nous citons, pour appuyer cet argument, une des conclusions de M. Larnaudie, dans sa thèse soutenue l'année dernière : « Il y a lieu de restreindre à l'heure actuelle la valeur des contre-indications admises sans contestation, il y a quelques années, telles que la rupture des membranes, la longueur du travail, la souffrance de la mère et du fœtus, les touchers répétés, etc. Des nombreuses observations que nous avons compulsées, il ressort que si ces circonstances mettent la parturiente dans des conditions moins favorables, elles ne peuvent pas faire rejeter l'intervention d'une façon absolue. Elles réclament seulement quelques précautions spéciales et une technique opératoire appropriée (double drainage). »

Ce sont toutes ces considérations qui ont dirigé notre conduite, et s'il nous faut donner une conclusion tirée de nos propres observations, nous pouvons affirmer que l'opération césarienne, même pratiquée très tardivement, donne d'excellents résultats pour la mère, pourvu qu'un drainage effectué d'une façon satisfaisante permette aux lochies de s'écouler facilement.

Deux de nos observations, sur les quatre que nous apportons, nous paraissent justifier amplement l'intervention tardive, puisque dans le premier cas (observation I) le succès fut complet pour la mère et pour l'enfant, et pour le dernier (observation III) la mère put sortir le vingt-cinquième jour complètement guérie, sans qu'elle ait présenté la moindre

élévation de température pendant toute la durée des suites opératoires.

Il n'y eut à regretter que la mort de l'enfant, et il est bien certain que ce dernier aurait été retiré vivant, si on avait pu opérer une demi-heure avant.

Observation IV

Berthe X..., 23 ans, ouvrière d'usine, taille 1 m. 45, entré à la Maternité de Vaucluse le 17 mars 1910. C'est une primipare dont la grossesse a évolué jusqu'à maintenant d'une façon normale. Elle ne présente rien de pathologique dans ses antécédents héréditaires ou personnels. En particulier, rien dans son interrogatoire ne révèle un rachitisme que sa petite taille aurait pu faire supposer. La recherche de l'albumine dans ses urines est négative. Les dernières règles remontent au 20 juillet 1909; elle est donc enceinte de 7 mois 1/2 environ.

Cette femme est d'abord examinée couchée : son abdomen étalé transversalement permet déjà de soupçonner une présentation du tronc. Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic de cinq travers de doigt. La palpation montre une position transversale ; la tête du fœtus est dans la fosse iliaque droite, le dos en avant. Le maximum des battements fœtaux se trouve un peu à gauche et à la hauteur de l'ombilic.

Le toucher est alors pratiqué : le doigt explorateur rencontre immédiatement un obstacle osseux retrécissant le bassin. Ce n'est pas le promontoire sacré, car on ne perçoit pas de part et d'autre de cette pièce osseuse les masses latérales constituées par les ailerons. Un examen plus attentif fait reconnaître la face antérieure de la cinquième lombaire écroulée devant le sacrum. Le docteur Cassin porte alors le diagnostic de bassin rétréci par spondylolisthésis et fait

entrevoir la nécessité probable d'une section césarienne à terme.

L'examen de la femme debout et les mensurations pelviennes viennent confirmer ce diagnostic.

Si, en effet, le losange de Michaëlis est peu ou pas modifié, si les dimensions externes du bassin sont à peu près normales (sauf cependant le bis-iliaque médian qui mesure 29 centimètres au lieu 26), en revanche, l'aspect de la femme est caractéristique. Ses fesses aplaties, ses hanches saillantes, la brièveté de son abdomen tenant au rapprochement des fausses côtes et des crêtes iliaques, tout dans son attitude et sa conformation répond bien au type décrit par les auteurs de femme atteinte de spondylolisthésis. L'agrandissement du diamètre bis-iliaque est aussi la règle dans ce mode de viciation pelvienne. Ajoutons enfin que la ligne joignant le grand trochanter à l'épine iliaque postéro-supérieure rencontre son homologue du côté opposé au niveau de la troisième ou quatrième vertèbre dorsale, alors que chez une femme normalement conformée, cette intersection se fait à la hauteur de la nuque.

Le diagnostic posé, il était encore permis d'espérer une évolution spontanée de l'accouchement, un espace assez considérable séparant, en effet, le pubis de la face antérieure de la cinquième lombaire.

Quelques jours après l'entrée de la femme, on pratique la version par manœuvres externes, et la présentation céphalique ainsi obtenue est fixée par deux serviettes roulées, placées latéralement et maintenues par un bandage de corps. L'axe de l'utérus se déplace, du reste, bientôt ; de nouvelles tentatives pour le maintenir redressé restent infructueuses et, au début du travail, nous trouvons une présentation de l'épaule.

Les douleurs ont commencé dans la nuit du 2 au 3 mai.

L'interne de garde appelé le matin auprès de la parturiente constate une dilatation de cinq francs et perçoit, à travers une poche des eaux volumineuse et cylindrique, une petite partie fœtale qui est le coude de l'enfant.

Les renseignements fournis par la palpation et l'auscultation permettent de diagnostiquer une présentation de l'épaule gauche en position droite antérieure (A I D A). M. le Dr Cassin estime qu'il y a lieu de pratiquer une opération césarienne, la femme accepte cette intervention.

L'opération est faite le 3 mai à dix heures du matin. La césarienne est pratiquée suivant la méthode ailleurs décrite. Une seule particularité est à signaler : L'incision de l'utérus conduit sur le placenta qui est décollé avec la main. L'hémorragie est prévenue par la compression que fait un aide au niveau de l'isthme de l'utérus.

Le huitième jour, les crins de Florence sont enlevés et nous constatons une cicatrisation par première intention.

Le vingt-cinquième jour la femme sort de l'hôpital complètement guérie. Elle a donné le sein à son enfant pendant toute sa maladie. Celui-ci est maintenant un superbe enfant dont la courbe du poids est normalement ascendante.

Discussion de l'intervention

L'observation que nous venons de présenter est un très joli cas de spondylolisthésis. Le diagnostic avait été fait pendant le courant de la grossesse, et M. le docteur Paul Cassin, résolu à ne pas pratiquer l'accouchement provoqué, préféra laisser aller la femme à terme, se réservant pour ce

moment-là le droit de choisir l'intervention qui lui paraîtrait la plus rationnelle.

Le pronostic du spondylolisthésis, est, on le sait, des plus sérieux pour la mère et pour le fœtus ; il dépend du degré de rétrécissement causé au début par la saillie de la dernière lombaire, ensuite par la convexité des vertèbres sus-jacentes. Nous devons dire dès maintenant que le toucher n'avait pas permis de considérer le diamètre antéro-postérieur comme devant être notablement rétréci et l'on comptait à ce moment-là sur un accouchement spontané, peut être aidé d'une application de forceps.

Le terme de la grossesse arrive et le début du travail se produit : dès ce moment on se trouve non plus en présence d'une tête qui s'engage et descend dans l'excavation, mais bien en présence d'une présentation de l'épaule. Cette défectuosité de présentation expliquait maintenant les difficultés que l'on avait éprouvées à maintenir la tête au niveau du détroit supérieur, après une version par manœuvres externes.

Que devait-on faire maintenant ? Certaines des conditions qu'exige une version interne étaient parfaitement réalisées : orifice du col dilatable, partie fœtale non engagée, membranes non rompues.

Mais la quatrième des conditions devait être considérée comme non réalisée : avait-on, en effet, un rétrécissement assez peu considérable pour qu'une tête dernière bien dirigée puisse être dégagée facilement ?

Il était bien difficile de se prononcer, et, du reste, même dans les cas de léger rétrécissement, il est parfaitement admis que le spondylolisthésis se prête très mal à la pratique de la version interne et fait courir à la femme un danger considérable. La tête dernière retenue par les vertèbres lombaires écroulées devant le sacrum, doit suivre très mal les directions que l'on peut extérieurement, et d'une façon aveugle,

chercher à lui imprimer ; la descente dans l'excavation est ainsi rendue impossible.

La version étant jugée inutile en raison des risques qu'elle pouvait faire courir à l'enfant, seule la césarienne permettait d'assurer les deux existences.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

CONCLUSIONS

Nous avons dès le début de notre thèse manifesté notre intention de rester autant que possible dans les limites où nous cantonnait le trop petit nombre de nos observations personnelles.

Cependant, s'il ne nous est pas permis de généraliser à tous les cas de césarienne, ne devons-nous pas faire la simple constatation du succès que nous avons obtenu pour chacune de nos opérées ? Les dangers immédiats de la césarienne sont-ils donc aussi fréquents que certains auteurs ont bien voulu le dire ? L'hémorragie pendant la section utérine, l'introduction du liquide amniotique dans le péritoine, l'hémorragie après l'extraction, avec ou même sans inertie, hémorragies secondaires intra-péritonéales ou vaginales quelques heures ou quelques jours après l'opération, épanchement dans le péritoine des lochies ou des liquides secretés par la plaie, telles sont les conséquences fâcheuses de la plaie utérine, considérées encore comme devant se produire avec fréquence.

Nous nous faisons un plaisir de souligner que nous n'avons été arrêté par aucune de ces complications.

Il en est de même du danger d'infection : La première de nos opérées eut bien une légère infection, mais il est établi

d'ores et déjà qu'un bon drainage aurait pu parer à cet inconvénient.

Pourquoi donc ne pas admettre avec Fochier que la césarienne a dû bénéficier des perfectionnements de la chirurgie et en particulier de la méthode aseptique au même titre que l'ovariotomie : « S'il est, dit-il, un fait démontré par la pratique des ovariotomistes, c'est que les irritations mécaniques, passagères du péritoine n'ont pas de conséquences graves, et ici par passagères on doit entendre des irritations durant une ou même deux et trois heures. Il faut surtout se mettre à l'abri des irritations septiques ou putrides, des souillures visibles ou invisibles des mains, des instruments, des éponges ou des linges, de l'air ou des locaux ».

Ainsi la césarienne doit être classée parmi les opérations qui ne présentent pas de réels dangers, pourvu que l'opérateur puisse réaliser les conditions d'asepsie qu'exige une telle intervention. La clinique et l'hôpital réalisent ces conditions d'une façon parfaite, et si nous n'osons pas proposer aux accoucheurs de pousser l'audace jusqu'à opérer à la campagne, nous n'insisterons jamais assez pour faire entendre aux médecins que lorsqu'une femme a été examinée pendant le courant de sa grossesse et que cet examen a laissé des doutes sur le pronostic de l'accouchement, ils doivent ne pas hésiter à proposer la clinique ou l'hôpital. Nous voulons croire que la clientèle se laisse quelquefois difficilement convaincre de cette nécessité, mais l'influence persuasive du médecin réussit bien souvent à déterminer une décision qui pourra garantir la vie de l'enfant.

Il est malheureusement une objection que l'on fait très souvent aux accoucheurs qui ont suivi le mouvement vers des indications plus larges de la césarienne, et ce reproche est assez grave pour que nous nous sentions obligé de donner quelques arguments en faveur de notre opinion. Extraire

par la voie abdominale un enfant vivant, lorsque les indications de la césarienne ne sont pas absolues, c'est parfait (*puisque l'on doit admettre définitivement le peu de danger d'une telle opération*) ; mais les quatre femmes que vous avez opérées, les avez-vous suivies, pouvez-vous affirmer qu'une nouvelle grossesse ne sera pas pour elles une source de complications graves ?

C'est là le point délicat de notre sujet, et s'il ne nous est pas permis d'apporter ici des observations personnelles, nous pouvons cependant donner les raisons qui nous ont paru suffisantes pour considérer ces complications comme ne devant se produire que très rarement. C'est du moins dans cet esprit que nous nous sommes lancé dans le mouvement en faveur de la césarienne, et un article de Brindeau, paru dans l'*Obstétrique* en janvier 1909, avait réussi à nous convaincre de la rareté de ces complications.

D'après Brindeau, les hernies de la paroi abdominale et les éventrations sont relativement rares à la suite de l'opération césarienne. C'est ce qui explique qu'elles gênent peu l'opérateur à l'occasion d'une seconde intervention.

Les adhérences occasionnent quelquefois des ennuis, mais l'infection est la cause principale des adhérences, au moins des adhérences étendues et intimes.

Enfin l'amincissement de l'utérus, résultant d'une ancienne suture peut devenir une difficulté dans une opération itérative. Or, cet amincissement de l'ancienne cicatrice est-il fréquent, et voit-on souvent se produire au cours d'une nouvelle grossesse survenue après la césarienne, une rupture utérine ?

D'après Brindeau, cet amincissement paraissait être fréquent autrefois, mais aujourd'hui, l'infection devenant de plus en plus rare, l'amincissement de l'utérus ne se produit que très exceptionnellement. Et Brindeau cite à l'appui de

sa thèse un certain nombre d'observations qui réussissent à démontrer rigoureusement le peu de danger des césariennes itératives.

Notre Président de thèse a communiqué à la réunion obstétricale de Montpellier, en février 1909, une observation de césarienne itérative avec succès pour la mère et pour l'enfant.

Telles sont les raisons qui nous ont paru suffisantes pour justifier la conduite que nous avons tenue, et si nous nous abstenons de tirer des conclusions trop absolues des quelques observations qui font l'objet de notre étude, nous ne pouvons pas nous défendre du désir d'entrer plus avant dans le mouvement actuel.

M. le Dr Cassin a contribué fortement à nous engager dans cette voie, et il écrivait lui-même : « Si je n'avais comme expérience que notre Maternité de ville secondaire avec une moyenne de 150 accouchements par an, un pourcentage de 7 à 8 °/₀ d'interventions par forceps, de 1/400 par la version, et avec cela 2 à 3 °/₀ de morts obstétricales de l'enfant, je garderais soigneusement mes impressions comme susceptibles de revision. Mais je remonte à trente ans en arrière, à l'époque où, interne de Fochier à la Maternité de Lyon, j'eus l'honneur de l'assister dans le premier Porro fait en France ; je revois les tractions fantastiques exercées avec les lacs de Chassagny, les crânes déformés qui, lorsque l'enfant survivait, le prédisposaient à l'infériorité psychique, et de tout cela j'ai gardé cette impression qu'il y avait mieux à tenter que la voie instrumentale obscure, intra-pelvienne, lorsqu'elle était suspecte.

» Voilà pourquoi je suis hardiment entré dans le mouvement qui remet la césarienne à sa place méritée. »

BIBLIOGRAPHIE

P. Bar. — De l'opération césarienne. Semaine médicale, 1887, p. 38.

— Manuel de l'opération césarienne. Memento thérapeutique. Paris, 1894.

— De l'opération césarienne ; sa technique ; ses résultats immédiats et éloignés, *in* l'Obstétrique, mai 1899.

E. Blanc. — De l'opération césarienne.

— Archives de Tocologie, 1890.

Bréan. — Thèse de Paris, 1905-1906. Contribution à l'étude de l'accouchement dans le bassin rétréci.

Brindeau. — Des difficultés de l'opération césarienne répétée chez une même femme, *in* l'Obstétrique, janvier 1909.

Crémieu. — Thèse Paris, 1908. Des résultats de l'opération de Porro.

Fraipout. — De l'opération césarienne cervicale supra-symphysaire, *in* l'Obstétrique, juillet 1909.

Frank. — De l'opération césarienne. *in* Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie, 13 octobre 1898.

Guillet. — Thèse Paris, 1904. L'opération césarienne d'urgence.

Jeannin (Cyrille). — L'opération césarienne supra-symphysaire, *in* l'Obstétrique, août 1909.

Larnaudie. — Thèse Toulouse, 1909. Indications et contre-indications de l'opération césarienne conservatrice actuelle

Lauvray. — Thèse Nancy, 1902. De l'opération césarienne dans ses rapports avec les grossesses et les accouchements ultérieurs.

Lemoussu. — Thèse Paris, 1908. Contribution à l'étude de l'opération césarienne tardive.

Mascart. — Annales de thérapeutique médicale et chirurgicale, 5 août 1884.

Pestalozza (Rome). — L'accouchement dans les bassins rétrécis, *in* l'Obstétrique, octobre 1909.

Pinaud. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1897, 3e S. XXXVIII, page 9.

— Comptes rendus de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, 1907 et 1908.

Prévost. — Gazette médicale de Paris, 1855.

Tarnier. — Comparaison entre l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel. Presse médicale, 1895, p. 265.

Vallois. — Communication sur la césarienne itérative. Société obstétricale, février 1909.

Velpeau. — Traité d'accouchements, t. II, p. 455. Académie des Sciences, séance du 2 octobre 1854.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 juin 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. Sarda.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 juin 1910.
Le Recteur,
A. Benoist.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !